

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1937

THÈSE

N°

643

POUR

Le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

LE BIGOT (André)

Né le 27 avril 1910 à Mortain (Manche).

LES

TUMEURS BÉNIGNES

DU

BULBE DUODÉNAL

Président : M. le Professeur GOSSET

PARIS

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION

71, RUE DE RENNES, 71

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1937

THÈSE

N°

POUR

Le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

LE BIGOT (André)

Né le 27 avril 1910 à Mortain (Manche).

LES

TUMEURS BÉNIGNES

DU

BULBE DUODÉNAL

Président : M. le Professeur GOSSET

PARIS

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION

71, RUE DE RENNES, 71

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen : ROUSSY

Professeurs :

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale..... LÉPER, CARNOT, CLRRG,	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale .	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale. CUNÉO, GOSSET. GRÉGOIRE,	LENORMANT,
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements... BRINDEAU, COUVELAIRE,	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique cardiologie.....	LAUBRY.
Professeurs sans chaire.....	HOVELACQUE, MULON, OLIVIER, VERNE

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	FEY	JOANNON	MOUQUIN
AMELINE	FUNCK	LACOMME	OBERLING
BARIÉTY	GALLIARD	LANTUÉJOL	PETIT-DUTAILLIS
BÉNARD (HENRI)	GASTINEL	LAROCHE (Guy)	PIÉDELÈVRE
BERNARD (Ét.)	DE GAUDART	LELONG	PORTES
BESANÇON (JUS-	D'ALLAINES	LEMAIRE	RENARD
TIN)	GAYET	LEVEUF	RICHEL
BOULIN	DE GENNES	M ^{lle} LÉVY (J.)	SANNIÉ
BULLIARD	GIROUD	LÉVY-VALENSI	SÉNÈQUE
CATHALA	HAGUENAU	MÉNÉGAUX	TROISIER
CHEVALLIER	HALPHEN	MOLLARET	TURPIN
COSTE	HAZARD.	MOREAU	VIGNES
DOGNON	HUGUENIN.	MOULONGUET	WILMOTH

Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens :
MM. ALGLAVE, BUSQUET, CHAILLEY-BERT, GUÉNIOT, LARDENNOIS, LEROUX, NEVEU-LEMAIRE, PHILIBERT, VAUDESCAL.

Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent:
MM. ALAJOUANINE, AUBERTIN, BRULÉ, CHABROL, CHIRAY, DONZELOT, DUVOIR, LIAN, PASTEUR-VALLÉRY-RADOT, SÉZARY, ECALLE, LE LO-RIER, LÉVY-SOLAL, METZGER, BASSET, BROCC, CADENAT, GATELLIER, HEITZ-BOYER, MOURE, QUENU, SCHWARTZ, VELTER.

Chargés de cours : MM. CHAILLEY-BERT, LEDOUX-LEBARD, PHILIBERT, RUPPE, WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MA MÈRE,

*dont les sacrifices constants me permirent
de mener à bien mes études.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET,

Membre de l'Académie de Médecine,
Professeur de clinique chirurgicale.

*qui fut notre premier maître et nous fit le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR R.-A. GUTMANN,

Médecin des Hôpitaux,

*qui nous initia à la gastro-entérologie et mit à notre disposition
ses observations et des clichés radiographiques pour illustrer
cette thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stages :

Monsieur le Professeur GOSSET,
Monsieur le Professeur ACHARD,
Monsieur le Professeur ABRAMI.

Externat :

Monsieur le Professeur PROUST (*in memoriam*),
Monsieur le Professeur BRINDEAU,
Monsieur R.-A. GUTMANN,
Monsieur RENÉ BÉNARD.

Hommage respectueux et reconnaissant.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549924_0044

INTRODUCTION

Les tumeurs bénignes du bulbe duodéal sont extrêmement rares, il en existe très peu de cas dans la littérature. Cette rareté, jointe à la banalité de leurs signes cliniques, explique les erreurs de diagnostic dont elles ont été l'objet dans la plupart des cas.

De la quinzaine d'observations de tumeurs bénignes du bulbe duodéal que nous avons recueillies dans la littérature, en particulier dans la littérature américaine et allemande, et des quatre cas observés par M. R.-A. Gutmann, nous essayerons de tirer une symptomatologie et nous verrons que c'est radiologiquement seulement que peut être affirmé le diagnostic de ces tumeurs.

HISTORIQUE

Avant l'ère radiologique, les tumeurs bénignes du bulbe étaient presque inconnues : elles n'étaient alors que d'exceptionnelles trouvailles d'autopsie.

Von Rokitanski, en 1861, dans son *Lehrbuch der Pathologischen Anatomie*, signale l'existence des tumeurs non malignes du duodénum.

Cruveilhier (Jean), dans son *Anatomie du corps humain*, signale un cas d'adénome du duodénum.

Salvioli, en 1876, signale aussi un adénome du duodénum.

Mais aucun de ces auteurs n'indique si la tumeur était localisée au bulbe duodénal.

C'est Thompson, en 1897, qui rapporte à la « Pathological Society de Manchester » le premier cas de tumeur de la première portion du duodénum. Cette tumeur avait été découverte au cours de la dissection d'un cadavre ; elle était de la grosseur d'une noix, insérée par un fort pédicule au versant duodénal du pylore. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un adéno-fibrome.

King, en 1917, complétant la statistique de Heurtaux faite en 1899, trouve cent dix-neuf tumeurs bénignes de l'intestin dont cinq seulement sont duodénales, mais il n'indique pas combien étaient localisées à la première portion duodénale (vraisemblablement une seule, celle que rapporta Thompson).

Depuis que l'examen radiologique du tube digestif est pratiqué systématiquement, les cas suivants ont été observés et publiés.

En 1921 :

Carman : un cas d'hémangiome du bulbe duodénal.

Meisel : un cas d'adénome du bulbe.

Van Tienhoven : deux cas de tumeurs bénignes du bulbe.

- En 1923 :
Klöse et Götze : un cas de tuberculose du bulbe.
- En 1924 :
Camp : un cas de myome.
- En 1925 :
Akerlünd, dans son *Lehrb. d. Röntgenkunde*, montre les images de cinq papillomes du bulbe.
Willis et Lasersohn : un cas d'adénome du bulbe.
- En 1928 :
Golden : un adénome du bulbe et un polype à cellules muqueuses.
- En 1929 :
Bernstein : un cas de myome.
Judd : un hémangiome.
Balfour et Henderson : trois cas d'adénomes et un cas de myome.
- En 1930 :
Waters : un papillome.
Bookman : un adénome papillomateux.
- En 1931 :
Finney : un papillome adénomateux.
Brdiczka : un fibromyome.
Pohlandt : un cas de fibrome ou myome et un cas de tuberculose.
- En 1935 :
MM. Sénèque, R.-A. Gutmann et Dioclès publièrent un cas de tumeur bénigne du bulbe.
M. R.-A. Gutmann depuis en a observé trois nouveaux cas.

De ces trente observations, nous n'avons retenu que celles dont le diagnostic a été affirmé anatomiquement : notre but, en effet, étant d'en dégager une symptomatologie clinique et radiologique, il aurait été d'une méthode illogique de nous servir de ces cas dont précisément le diagnostic n'a été fait qu'en considération de cette symptomatologie même.

Après avoir exposé la symptomatologie observée dans ces cas, nous essayerons, par leur analyse comparative, d'en dégager des signes caractéristiques.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — *Hémangiome du bulbe duodéal* (RUSSEL et CARMAN, 1921).

Il s'agit d'un homme âgé de 22 ans qui entre à l'hôpital le 28 avril 1921.

Depuis son enfance il a toujours souffert de troubles dyspeptiques.

Pendant ces dix-huit derniers mois, il a eu deux violentes crises d'indigestion. Chacune a duré deux jours.

En dehors de ces deux paroxysmes, le malade éprouve une douleur épigastrique légère, diffuse, qui s'accompagne de céphalée frontale, de nausées.

Parfois, des vomissements acides survenant à l'acmé de cette douleur, la calment.

L'examen clinique est entièrement négatif.

Les examens de laboratoire sont également négatifs.

L'examen radiologique montre :

— Un estomac normal ;

— mais, au centre du bulbe duodéal bien rempli, et de contour normal, existe une lacune remarquablement arrondie.

Cette image est constante, elle est retrouvée à un deuxième examen.

L'intervention chirurgicale fut pratiquée le 6 mai.

Voici ce que l'on constate :

— L'estomac est dilaté, ses parois sont épaissies.

Dans la première portion du duodénum existe une tumeur mesurant 7 cm. sur 5 cm., empiétant le duodénum.

Elle est attachée, par une base sessile, au versant duodéal du pylore.

L'appendice n'étant pas sain, fut enlevé.

L'examen histologique fit de cette tumeur un hémangiome.

OBSERVATION II. — *Myome du bulbe duodéal* (CAMP, 1924).

Un fermier, âgé de 40 ans, vient à l'hôpital le 25 juillet 1923, se plaignant d'hémorragies intestinales.

Il y a deux ans (1921), il fut pris d'une crise de vomissements qui se calma en quelques heures ; deux jours après, il ressentit une douleur dans le quadrant supérieur droit de l'abdomen et constata que les selles qu'il émit ensuite étaient noires comme du goudron.

En décembre 1922, une deuxième hémorragie survint. Après avoir pris un laxatif, il éprouva une légère brûlure au point déjà indiqué, et quelques moments après il émit des selles noires comme la première fois.

L'asthénie était alors marquée, le malade resta au lit ; en trois semaines, les selles redevinrent normales et le malade reprit ses forces.

Depuis ce temps persiste une douleur légère à type de brûlure,

survenant une ou deux heures après les repas, siégeant toujours au même point ; elle s'accompagne de gonflement épigastrique, d'éruptions.

Deux semaines avant son entrée à l'hôpital, une nouvelle hémorragie survint, mais moins sévère : le malade eut 4 ou 5 selles noires et resta au lit deux jours.

L'examen clinique reste négatif en dehors de la constatation d'une légère anémie.

L'acidité gastrique totale est de 56.

HCl libre est de 40.

Il n'existe aucun résidu gastrique à jeun : ni aliments, ni sang.

Le B.W. est négatif.

L'examen radiologique révèle :

— Sur le bulbe une lacune centrale nettement arrondie.

Il n'y a pas de résidu gastrique six heures après le repas baryté.

A l'intervention chirurgicale, on trouva une tumeur de la première portion du duodénum.

Ses dimensions étaient $2 \times 2 \times 1,50$ cm.

Sur la muqueuse qui recouvrait cette tumeur existait une ulcération de 1 cm. 5 de diamètre.

Histologiquement, la tumeur se révéla être un myome.

OBSERVATION III. — *Adénome du bulbe duodénal*

(WILLIS et LASERSOHN, 1925).

Un fermier, âgé de 63 ans, entre à l'hôpital le 1^{er} août 1923.

Ses troubles datent de deux mois seulement.

Il y a deux mois survint une douleur épigastrique peu intense, accompagnée de nausées ; elle se répète depuis, après les repas.

Le malade n'a vomi que deux fois pendant ces deux mois, c'était un liquide clair, ne contenant ni sang ni débris alimentaires.

Pendant ces deux mois, il a perdu 7 kilos.

Il est anorexique, affaibli ;

il n'y a pas de diarrhée ;

il n'a jamais remarqué que ses selles fussent noires ;

il n'a jamais eu d'ictère.

L'examen physique révèle une tumeur de la grosseur d'un poing dans le quadrant supérieur gauche de l'abdomen, près du rebord costal, mais, cette tumeur est nettement une tumeur pariétale, on la mobilise facilement. Par ailleurs, tout cet examen était négatif.

L'examen radiologique montre un estomac en J, avec une lacune très arrondie, près du pylore.

Il fut impossible d'obtenir un bon remplissage du bulbe dont la forme semble irrégulière.

Six heures après le repas baryté, il n'y avait pas de résidu gastrique.

L'intervention fut pratiquée le 3 août.

On trouva dans le duodénum une tumeur polypoïde lobulée, de la grosseur d'un petit poing, attachée par un pédicule long de 2 cm. 5, à la paroi postérieure du duodénum, à 2 cm. 5 du sphincter pylorique.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un adénome des glandes de Brunner, il n'y avait pas de figures de mitose.

OBSERVATION IV. — *Adénome du bulbe duodénal* (R. GOLDEN, 1928).

Il s'agit d'un mécanicien de 39 ans qui depuis quatre à cinq ans éprouve des douleurs épigastriques siégeant un peu à gauche de la ligne médiane, survenant trois à quatre heures après les repas, s'accompagnant de régurgitations acides, et d'éruptions.

La douleur éveille souvent le malade au milieu de la nuit.

L'ingestion d'aliments calme cette douleur, mais les aliments acides l'exagèrent.

Ce malade a perdu 8 livres en un mois.

L'examen physique est totalement négatif.

Le repas d'épreuve révèle une acidité totale de 98 cc. Acidité libre 76 cc.

La recherche du sang dans les selles et dans le contenu gastrique est négative.

L'examen radiologique montre :

— Un estomac hypertonique dont le péristaltisme est très exagéré, le contour régulier, le remplissage homogène.

Six heures après le repas baryté, il n'y a pas de résidu dans le bas-fond.

Le bulbe duodénal s'emplit bien, ses contours sont normaux, mais, en son centre, on voit une zone arrondie, moins opaque, une véritable vacuole dans l'ombre barytée.

Par la palpation, on arrive à mobiliser légèrement cette image, mais on n'arrive pas à la faire émigrer dans la 2^e portion du duodénum.

Un nouvel examen radiologique pratiqué trois semaines plus tard montre la persistance de cette image vacuolaire du bulbe.

Le malade est opéré le 26 mars 1936.

On trouve, dans la première portion du duodénum, un polype né de la paroi antérieure, à 2 centimètres du pylore.

Il mesure 0 cm. 5 de hauteur, et 1 centimètre de diamètre. Sa base étant un peu plus petite que son grand diamètre.

A la coupe, la tumeur est blanche, ferme, et contient de petits vaisseaux.

Histologiquement, il s'agit d'un adénome.

OBSERVATION V. — *Polype à cellules muqueuses du bulbe*
(GOLDEN, 1928).

Un homme de 41 ans entre à l'hôpital le 5 novembre 1937. Il se plaint de douleurs épigastriques et de vomissements.

Depuis de nombreuses années, il éprouve une sensation pénible de distension épigastrique douloureuse après les repas. Ce trouble évolue par poussées irrégulières.

Il y a quatre mois, cette douleur s'aggrava, s'accompagna d'éruptions violentes, et nécessita une hospitalisation pendant huit jours.

Trois semaines plus tard, nouvelle crise, hospitalisation pendant dix-neuf jours.

Rémission pendant les six mois suivants : le malade reprend alors 6 livres.

Nouvelle poussée après cette accalmie : les douleurs sont vives, les vomissements les calment.

Le malade perd 20 kilos en quatre mois.

A l'examen, on est frappé par l'amaigrissement et la déshydratation de ce malade.

On sent la vésicule biliaire à 3 centimètres sous le rebord costal.

A certains moments, une masse mal définie peut être sentie à l'épigastre, un peu à gauche de la ligne médiane.

La recherche du sang dans les selles est fortement positive.

Un examen radiologique est pratiqué le 17 novembre. On note un spasme intense de la partie inférieure de l'estomac.

L'exagération des mouvements péristaltiques et du spasme est telle qu'à aucun moment on ne peut voir l'estomac dans sa partie inférieure, ni le bulbe, d'une façon satisfaisante.

Six heures après le repas baryté, il n'existe pas de résidu.

Un deuxième examen radioscopique est pratiqué le 22 novembre, après administration de belladone, en position couchée.

Le spasme de la partie inférieure de l'estomac est encore tel que cette portion basse ne s'emplit pas. On administre alors quelques bouffées de nitrite d'amyle.

Le spasme cède pendant deux minutes, mais, après cette courte rémission, les mouvements péristaltiques et le spasme se rétablissent aussi intenses que précédemment. Le malade étant examiné en position debout, on voit alors cependant un fin canal où s'insinue la baryte, en bas et à droite. Un peu de baryte passe de temps en temps, mais à aucun moment le bulbe ne s'injecte suffisamment pour qu'on puisse apprécier son état.

La cause de cet état spasmodique reste obscure.

Un lavement baryté ne révèle rien d'anormal.

La rectoscopie montre un polype du rectum.

Pendant les semaines suivantes, l'état du malade s'aggrave progressivement :

— Les vomissements sont abondants ;

— Les douleurs violentes.

Il perd encore 10 livres pendant la première semaine de décembre.

L'intervention est décidée le 13 décembre 1927.

On trouve alors un antrum spasmé.

Un pylore également en état de spasme, épaissi ; la première portion du duodénum est notablement élargie, il existe à l'intérieur une grosse tumeur mobile, que l'on peut faire passer partiellement à travers le pylore.

Après incision pyloro-duodénale, on extirpe ce gros polype. Il s'agit d'un polype duodénal mesurant 8 cm. 5 × 5 cm. 5 × 4 cm. 5, multilobé, dont le pédicule mesure 4 cm. 5 × 1 centimètre.

Histologiquement, il est formé de cellules muqueuses : les suites opératoires furent excellentes.

OBSERVATION VI. — *Myome du bulbe duodénal*

(A. BERNSTEIN, 1929).

Il s'agit d'un commerçant, âgé de 54 ans, qui, depuis six mois, éprouve une douleur hypogastrique après les repas, et surtout après les repas abondants.

Son médecin lui donne alors un régime et les troubles disparaissent,

mais, dans les deux mois suivants, le malade maigrit de 7 à 8 kilos.

Son médecin pense qu'il s'agit peut-être d'un cancer gastrique, et fait pratiquer un examen radiologique. Celui-ci montre un estomac en cascade. Immédiatement après son remplissage apparaît une couche de suc gastrique haute de trois travers de doigt.

La zone prépylorique manque de netteté dans ses contours et présente des dentelures sur la partie adjacente au pylore. Son remplissage est irrégulier, non homogène. En comprimant, on a l'impression que cette anomalie est due à l'existence de gros replis muqueux. Cette image est constante pendant toute la durée de l'examen, et se retrouve sur un cliché de l'estomac et quatre clichés de cette région.

Le bulbe est très grand, ses contours sont déchiquetés. A la radioscopie, en comprimant légèrement, on a l'impression d'une lacune très arrondie dans le bulbe.

On retrouve le même aspect sur des clichés en série du bulbe : à l'intérieur de celui-ci, on voit nettement une lacune presque circulaire d'un diamètre de 1 cm. 1/2 environ.

Au-dessus de cette lacune existe une opacité de la dimension d'un pois, donnant l'impression d'une niche de face. Cette image est retrouvée sur une deuxième série duodénale, renforçant l'impression d'une niche ulcéreuse probable.

L'intestin est normal.

Un nouvel examen, pratiqué le lendemain, montre le même manque de netteté dans le segment prépylorique, mais il n'y a plus de niche du bulbe.

En résumé :

- Estomac en cascade.
- Hypersécrétion.
- Gros replis de la muqueuse prépylorique.
- Une lacune remarquablement ronde du bulbe.

Le diagnostic porté fut celui d'ulcus duodénal probable. On pensa que cette lacune était due peut-être à des replis muqueux.

Quinze jours après, une nouvelle radiographie fut faite :

- Le manque de netteté de la région prépylorique,
- Les hémorragies occultes permanentes,
- La pâleur, l'altération de l'état général firent craindre l'existence d'un cancer gastrique.

Le malade entra quinze jours plus tard à l'hôpital.

L'examen clinique ne révéla rien en dehors de l'altération de l'état général.

Un troisième examen radiologique fut pratiqué. La radioscopie ne révéla rien de nouveau, mais, un cliché bien centré sur le bulbe, avec une compression forte, montra une lacune bulbaire arrondie et un aspect déchiqueté du contour bulbaire ; de la petite courbure part une lacune hémisphérique faisant saillie à l'intérieur du bulbe.

L'état général s'aggravant, le mélæna devenant permanent, l'intervention est décidée.

On découvre alors un duodénum fortement attiré vers le foie par des adhérences scléreuses qui s'étendent jusque sur la partie antérieure du segment gastrique prépylorique.

La palpation fait sentir dans le bulbe une tumeur bien limitée, de la grosseur d'une cerise.

La vésicule biliaire est dilatée, non expressible, ses parois sont épaissies. On l'enlève.

On pratique une résection gastrique. Bilroth II.

L'examen de la pièce anatomique révèle l'existence de replis transversaux très accentués de la muqueuse prépylorique, par suite du ramassage de ce segment attiré par les adhérences périgastriques.

Dans le bulbe, près du pylore, se trouve une tumeur sous-séreuse bien délimitée, assez ferme, de coloration homogène, grise blanchâtre à la coupe.

Elle a 16 millimètres de longueur.

Histologiquement, elle est surtout composée de fibres musculaires lisses, et de peu de vaisseaux. Il s'agit d'un myome bénin sous-séreux.

OBSERVATION VII

Adénome du bulbe (BALFOUR et HENDERSON, 1929).

Un homme de 37 ans a, depuis six mois, des douleurs épigastriques à types d'ulcus duodénal. Il a eu aussi une hématomèse, il y a un mois.

Les examens clinique et de laboratoire sont négatifs.

On note simplement la présence d'infection dentaire.

L'examen radiologique montre l'estomac et le duodénum normaux.

On fait malgré tout le diagnostic d'ulcère duodénal.

L'intervention révèle une petite tumeur duodénale de la première portion.

Histologiquement, il s'agit d'un adénome.

OBSERVATION VIII. — *Myome du bulbe*

(BALFOUR et HENDERSON, 1929).

Il s'agit d'une femme de 42 ans qui a eu déjà huit hématomèses depuis un an.

La première hématomèse, il y a un an, fut très sévère : elle s'est répétée depuis plusieurs fois. La dernière est survenue quatre semaines avant son entrée à l'hôpital, elle a été précédée par une douleur vive survenue deux à trois heures après le repas.

Les examens clinique et de laboratoire sont négatifs.

L'examen radiologique (qui n'est pas relaté dans l'observation) entraîne comme conclusion le diagnostic d'ulcère duodénal.

L'intervention révèle, à 5 centimètres du pylore, une tumeur de 2 cm. 5 de diamètre, sur la paroi antérieure.

Histologiquement, il s'agit d'un myome.

OBSERVATION IX. — *Adénome du bulbe*

(BALFOUR et HENDERSON, 1929).

Une femme, âgée de 36 ans, a depuis six mois de légères crises douloureuses dans la fosse iliaque droite. Entre ces crises elle éprouve, dans la partie supérieure droite de l'abdomen, des sensations de brûlure qui, d'ordinaire, ne durent que quelques minutes et ne sont pas en rapport avec l'horaire des repas. Ces douleurs sont parfois accompagnées d'éruptions.

L'examen clinique reste négatif.

Les examens de laboratoire sont également négatifs.

L'examen radiologique n'a pas été pratiqué.

Après avoir porté le diagnostic d'appendicite chronique, on opère la malade, le 17 janvier 1914.

On trouve un petit ulcère sur la paroi antérieure et supérieure de la première portion du duodénum, à 1 centimètre du pylore.

Immédiatement à côté, on trouve un nodule de 1 centimètre sur 2 centimètres.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un adénome des glandes de Brunner.

Suites opératoires : guérison.

OBSERVATION X. — *Adénome du bulbe*

(BALFOUR et HENDERSON, 1929).

Un homme, âgé de 50 ans, alcoolique, ayant des troubles digestifs, des indigestions fréquentes, a fait une hématoméose massive il y a un mois.

Chez cet homme, l'examen clinique révèle une cirrhose du foie avec splénomégalie, suffisante pour expliquer son hématoméose.

Cependant, un examen radiologique est pratiqué, à l'issue duquel est porté le diagnostic d'ulcère duodénal (l'auteur n'indique pas le type d'image observée).

Le malade est opéré le 13 février 1923.

Le foie est nettement cirrhotique.

Dans la première portion du duodénum existe une tumeur ronde, pédiculée que l'on extirpe.

Il s'agissait d'un polype adénomateux.

Les hémorragies continuèrent après l'intervention : elles étaient dues à des varices œsophagiennes.

OBSERVATION XI. — *Hémangiome du bulbe* (E. STARR JUDD, 1929).

Une femme, âgée de 36 ans, vient à l'hôpital, se plaignant d'avoir eu quatre hémorragies gastro-intestinales.

La première, la plus grave, survint il y a sept ans. La malade vomit du sang et, pendant les deux semaines qui suivirent, les selles furent d'aspect goudronneux.

La dernière hémorragie survint il y a trois mois : hématoméose, selles goudron, asthénie marquée.

Les deux autres sont survenues : l'une il y a quatre ans, l'autre il y a deux ans, sans hématoméose, mais avec mélæna noir et faiblesse générale.

En dehors de ces hémorragies et de légères indigestions, la malade ne présente aucun autre trouble gastro-intestinal.

A l'examen physique on note un bon état général.

A part l'existence d'infection amygdalienne, cet examen reste négatif.

Les examens de laboratoire sont négatifs.

L'examen du sang montre :

Taux d'hémoglobine : 73 %.

Hématies : 4.650.000.

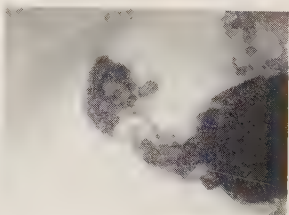
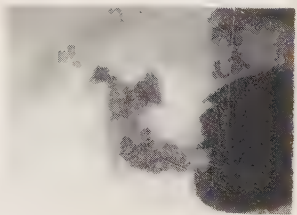
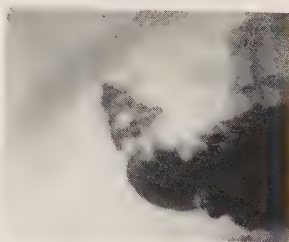
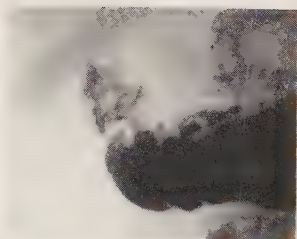
Acidité gastrique totale : 56.

HCl libre : 40.

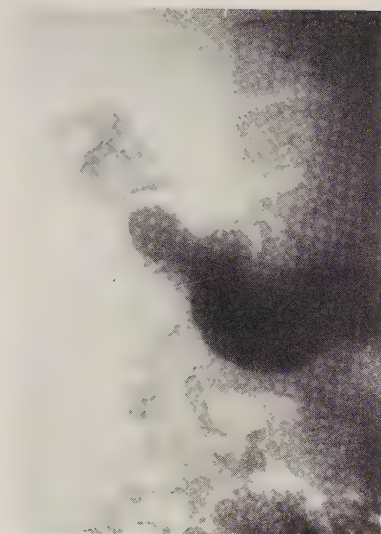
A l'examen radiologique on fit le diagnostic d'ulcère duodénal (l'observation n'indique pas le type d'image observée).



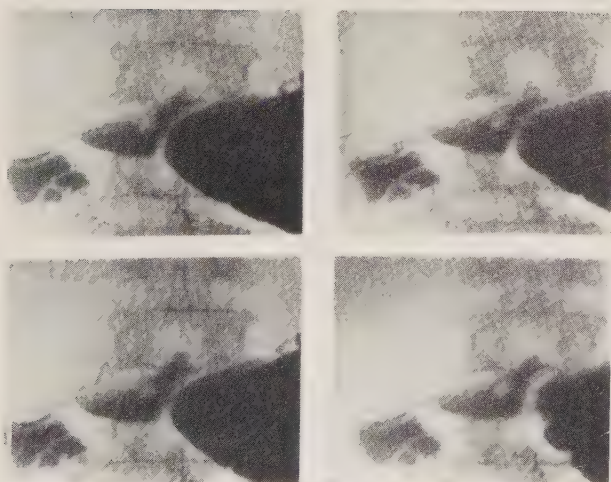
OBSERVATION XVI



OBSERVATION XVII



OBSERVATION XVIII



OBSERVATION XIX

Mais, cette image ulcéreuse coexistait avec une lacune centrale arrondie, apparemment due à une tumeur bénigne.

À l'intervention, le 10 septembre 1928, on trouva dans la première portion du duodénum, une tumeur ressemblant à un hémangiome. La surface muqueuse de la tumeur était ulcérée, et un gros vaisseau parcourait la tumeur.

L'examen histologique confirma le diagnostic d'hémangiome.

OBSERVATION XII. — *Papillome du bulbe* (WATERS M. D., 1930).

Il s'agit d'un homme, âgé de 69 ans, qui entre à l'hôpital le 21 novembre 1929.

Depuis six mois, il souffre de douleurs épigastriques surtout marquées le matin. Ces douleurs sont parfois calmées par les alcalins ou l'alimentation. Depuis deux mois, cette douleur est devenue presque constante, l'ingestion d'une petite quantité d'aliments parvient à la calmer.

L'examen physique est négatif, mise à part la constatation d'une vésicule palpable à deux travers de doigt au-dessous du rebord costal.

Après repas d'épreuve on note :

Acide chlorhydrique libre : 0.

Acidité totale : 8.

La recherche du sang dans les selles est positive.

L'examen radioscopique révèle un pylore normal, mais, lorsque la baryte passe dans le duodénum elle semble entourer une masse intrabulbaire. Le contour bulbaire paraît parfaitement normal.

Sur une série duodénale, on voit le bulbe élargi, de contour régulier et une image lacunaire multiloculaire qui semble le remplir complètement.

L'intervention fut pratiquée le 25 novembre 1929.

Elle fit découvrir, dans la première portion du duodénum, une tumeur lobulée, papillomateuse, reposant sur une large base. La résection fut pratiquée.

L'examen de la pièce anatomique montra une masse mesurant 4 cm. 5 de la base au sommet ; 5 centimètres de diamètre dans la grande dimension ; tout autour existaient d'autres masses du même tissu, naissant de la base de cette tumeur centrale.

Histologiquement, ce papillome révèle une tendance à l'invasion maligne de la muqueuse gastrique.

OBSERVATION XIII. — *Papillome du bulbe duodénal*

(BOOKMAN, [1930].)

Il s'agit d'une femme âgée de 49 ans.

Elle présente des douleurs épigastriques survenant tardivement après les repas.

Ces douleurs évoluent par poussées séparées de longues périodes de rémission.

L'interrogatoire révéla la présence des selles noires du méléna, il y a quelques mois.

Ce méléna, depuis quelques semaines, est devenu permanent.

En raison de cette hémorragie, on ne pratique pas l'examen radiologique.

L'intervention est pratiquée.

On trouve un adénome papillaire, avec réaction inflammatoire aiguë.

OBSERVATION XIV. — *Papillome du duodénum*

(JOHN. M. T. FINNEY, 1931).

Il s'agit d'un homme de 68 ans, admis à l'hôpital le 23 nov. 1929, se plaignant de douleur épigastrique après les repas.

Le début de ces troubles remonte à il y a six mois ; avant, il n'avait aucun trouble digestif.

Ces troubles commencèrent par une gêne épigastrique surtout marquée avant midi, et qui n'était pas plus intense l'après-midi, ni la nuit.

Parfois, la douleur était calmée par les alcalins ou l'alimentation.

Il n'y avait ni nausées, ni vomissements.

Pas de sang dans les selles, macroscopiquement.

Pas d'ictère.

Les symptômes se sont aggravés pendant ces deux derniers mois, avec une légère perte de poids.

A l'examen, on note :

— Que le sujet n'est pas amaigri, mais que ses muqueuses sont assez pâles.

— Ses pupilles, un peu irrégulières, réagissent bien à la lumière.

— Cœur et poumons sont normaux.

— Pas d'infection dentaire.

— Vésicule palpable à deux travers de doigt du rebord costal.

L'examen complet ne révèle rien de particulier.

Après repas d'épreuve, on note :

HCl libre : 0.

Acidité totale : 8.

Présence de sang dans les selles.

Pas de parasites dans les selles.

Hémoglobine : 92 %.

Leucocytes : 9.400.

B.W. : négatif.

L'examen radioscopique montre :

Un estomac normal ;

mais, le bulbe duodénal ne s'emplit qu'à la périphérie et non au centre. Il était un peu dilaté, il fut impossible de le remplir, quelle que fût la position prise par le malade.

La radiographie révèle de plus fins détails : le contour du bulbe était normal, mais sa lumière centrale, était multiloculaire, vacuolaire.

L'intervention, faite le 25 novembre 1929, révèle une tumeur, dans la première portion du duodénum ; cette tumeur, lobulée, papillomateuse fut enlevée avec résection de la zone voisine du duodénum et de l'estomac. Anastomose type Polya.

Suites opératoires : mort au quatrième jour de péritonite généralisée aiguë, avec abcès localisés à l'anastomose.

Constatations anatomo-pathologiques :

Polype de 4 cm. 5 de haut, et de 5 centimètres de diamètre dans sa plus grande dimension.

Il est entouré de tumeurs plus petites qui naissent de sa base.

Histologiquement, ce papillome présentait une tendance maligne certaine : il ne s'était pas étendu au delà de la sous-muqueuse, mais les lymphatiques y étaient envahis. }

OBSERVATION XV. — *Fibromyome du bulbe duodénal*

(I. G. BRDICKA, 1931).

Il s'agit d'une femme de 60 ans qui, il y a quinze jours, ressentit une douleur abdominale basse, du côté droit. Elle attribua cette douleur à la constipation, et prit une forte purgation. Son état, depuis, alla en s'aggravant.

A l'examen, on note :

- La pâleur de la malade, sans maigreur ;
- Le ventre est ballonné et souple ;
- Dans l'hypocondre droit, on trouve une tumeur palpable, peu mobilisable, ayant le volume d'une tête d'enfant.

Un examen radiologique est pratiqué.

La cholécystographie par voie intraveineuse révèle que la vésicule est imperméable : elle ne s'emplit pas.

L'estomac est orthotonique, le relief de sa muqueuse est normal, les plis en sont dirigés vers la gauche.

Il n'existe aucune lésion apparente de la paroi gastrique ; le bulbe, dilaté, se remplit ; son grand récessus semble présenter une forme de diverticule sacciforme ; le bulbe présente, à droite, un contour festonné : à cet endroit se trouve la limite de la tumeur palpable, de sorte que le bulbe paraît nettement fixé à la tumeur.

La partie supérieure du duodénum, et la coudure duodéno-jéjunale sont nettement déplacés vers la gauche.

Le transit du bulbe semble troublé en raison de cette compression que la tumeur exerce sur lui, gênant sa motilité.

Le diagnostic fut celui de tumeur à point de départ dans la région vésiculaire, refoulant estomac et duodénum à gauche et en haut, la tumeur adhérent déjà au bulbe.

Il semblait peu probable qu'il pût s'agir d'une tumeur pancréatique.

A l'intervention :

— Dans l'hypocondre droit, on trouva une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, facilement séparée des tissus voisins, et dont le point de départ était au bulbe duodénal.

— La vésicule était normale.

— Il n'y avait pas de métastases.

La tumeur fut extirpée, et le bulbe suturé.

L'aspect macroscopique de cette tumeur était celui d'un myome ou d'un myosarcome.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un fibromyome se continuant, sans solution de continuité, avec la musculature de la paroi intestinale, et ne perforant nulle part la muqueuse.

Nulle part, dans les coupes, on n'eut l'impression d'un vrai sarcome, il n'existait pas de mitoses ; mais il y avait une tendance nette à la prolifération.

Suites opératoires : la malade mourut subitement une semaine après, d'embolie pulmonaire.

OBSERVATION XVI. — *Adénome du bulbe duodéna*

(M. R. A. GUTMANN, 1934). (Cf. cliché.)

Une femme âgée de 58 ans vient à la consultation de l'Hôtel-Dieu pour des douleurs épigastriques. Elle souffre de l'estomac depuis l'âge de 29 ans.

La première crise douloureuse survint en 1905. Pendant vingt et un jours, la malade souffrit jour et nuit sans arrêt, avec recrudescence après toute tentative d'alimentation.

Ces douleurs étaient à type de crampes.

Un amaigrissement considérable marqua cette poussée. Le régime qu'elle suivit alors améliora notablement son état.

Après une rémission de six mois, pendant laquelle la malade ne souffrit pas, survint une nouvelle poussée douloureuse moins violente que la première et au cours de laquelle elle présenta des régurgitations et des éructations, survenant environ une heure après les repas.

Tous les six mois environ survenait une nouvelle crise, généralement calmée par l'absorption de poudre de charbon.

De 1914 à 1933 la malade ne souffrit pas. Elle nota seulement quelques pesanteurs épigastriques. Ce n'est qu'au mois d'avril 1934 que la malade recommença progressivement à souffrir.

— Les douleurs surviennent alors quatre à cinq heures après les repas.

— Elles sont calmées par l'ingestion d'aliments.

— Elles sont quotidiennes, sans périodes d'accalmies.

— Elles s'accompagnent de régurgitations.

Les douleurs sont à ce point intenses que la malade évite, autant qu'elle le peut, de s'alimenter.

Elle a beaucoup maigri, elle éprouve une grande faiblesse, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles.

Cet état va en s'aggravant progressivement.

L'examen physique révèle l'existence d'un point douloureux cystique; d'ailleurs, l'interrogatoire révèle l'existence d'antécédents de colique hépatique.

Le reste de l'examen est négatif.

Il n'y a pas de sang dans les selles.

L'examen radiologique est pratiqué le 23 janvier 1934.

A la radioscopie il paraît exister une petite quantité de liquide dans l'estomac, à jeun.

L'estomac est hypotonique, son bas-fond descend environ à 9 centimètres au-dessous des crêtes iliaques.

Le remplissage de l'estomac est normal, mais le bulbe se remplit incomplètement, d'une manière irrégulière.

Vingt minutes après l'ingestion, le bulbe s'emplit mieux.

L'évacuation gastrique s'est faite un peu lentement.

Les radiographies pratiquées montrèrent dans un bulbe bien rempli, à contours bien réguliers, une petite image lacunaire nettement arrondie, régulière, de la grosseur d'un noyau de cerise.

Après divers essais infructueux de traitement médical, l'intervention chirurgicale fut décidée.

A l'intervention, l'estomac et le bulbe parurent normaux d'abord, mais, devant la netteté du diagnostic, on pratiqua une duodénotomie

par laquelle émergea un polype pédiculé, ayant le volume d'un noyau de cerise et un pédicule de 1 cm. 1/2.

Après ligature et section du pédicule, le duodénum fut refermé et la malade quitta l'hôpital sans complications, le douzième jour.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un adénome.

Suites opératoires : atténuation des douleurs, mais la malade continuait à souffrir un peu et l'examen révéla l'existence d'une cholécystite.

Bien que les trois cas suivants n'aient pas été vérifiés anatomiquement, nous les citerons ici, non pas pour leur symptomatologie clinique qui est banale et ne nous apprendrait rien de plus que les observations précédentes, mais parce qu'elles nous donneront l'occasion de reproduire ici des radiographies présentant des images typiques de tumeurs bénignes du bulbe.

OBSERVATION XVII. — *Polypose bulbaire* (M. R.-A. GUTMANN).

Il s'agit d'un homme de 50 ans qui, en mars 1936, a vu survenir une douleur localisée à l'épigastre, apparaissant une heure et demie après les repas.

Ces douleurs ne se sont accompagnées ni de vomissements, ni d'hématémèse, ni de méléna.

Au bout d'un mois, ces douleurs se calmèrent, ne laissant à leur place qu'une sensation de malaise gastrique vague, mais persistante.

L'examen pratiqué en août 1936 ne révéla rien d'anormal du côté gastrique, mais la sensibilité hépatique était vive ; notons, à ce propos, que le malade disait ne pas supporter les œufs.

Les radiographies pratiquées alors ne révélèrent rien d'anormal ni à l'estomac, ni au bulbe.

Devant de tels signes cliniques, le malade fut considéré comme un hépatique. Il alla faire une cure à Vichy et fut revu le 7 décembre 1936.

Il n'a pas de véritables douleurs, mais il présente encore quelques légers malaises gastriques.

Le matin, il se sent parfaitement bien, il déjeune de bon appétit, mais, une heure et demie à deux heures après le repas, survient une sensation de « creux », dit le malade. Cette sensation, bien que non douloureuse, est cependant fort désagréable. Le malade ingère une biscotte et un peu de thé et aussitôt cette sensation disparaît. Après le repas du soir, les mêmes phénomènes se reproduisent, jamais ils ne s'accompagnent de vomissements.

Depuis huit mois, chaque jour, sans rémission, ces symptômes se sont reproduits.

L'examen clinique pratiqué alors montre :

Une acidité gastrique normale.

Les selles sont normales et ne contiennent pas de sang.

Le malade est revu le 3 mars 1937.

Un nouvel examen radiologique est alors pratiqué : les plis de la muqueuse gastrique de la grande courbure sont très accentués, traduisant la gastrite.

Le bulbe présente plusieurs petites lacunes arrondies, traduction d'une polypose duodénale contre laquelle on n'a pas jugé urgent d'intervenir chirurgicalement. (Cf. cliché.)

OBSERVATION XVIII. — *Polypose bulbaire* (M. R.-A. GUTMANN).

Il s'agissait d'un homme de 35 ans qui, depuis plusieurs années, avait, irrégulièrement, des hémorragies intestinales abondantes :

— Selles noires, ayant l'aspect du goudron.

— Anémie marquée, se réparant entre les hémorragies.

A aucun moment ce malade n'eut de phénomènes douloureux, ni de vomissements.

L'examen clinique était négatif.

L'examen radiographique montre, dans un bulbe de forme et de contours réguliers, la présence de nombreuses petites lacunes arrondies, de dimensions diverses, réalisant un aspect typique de polypose. Ce malade se suicida quelque temps plus tard ; il n'y eut pas de contrôle diagnostique. (Cf. cliché.)

OBSERVATION XIX. — (M. R.-A. GUTMANN.)

Il s'agit d'un homme, vu à la Salpêtrière le 16 mars 1934, qui présente, depuis quatre à cinq ans, des douleurs épigastriques à type de brûlures, calmées par les alcalins, évoluant de façon irrégulière, par crises de trois ou quatre jours séparées par des rémissions de deux ou trois jours.

En septembre dernier, pour la première fois, la crise douloureuse dura pendant six semaines ; les douleurs duraient toute la journée, sans véritables accalmies ; les vomissements étaient continuels.

L'examen radiographique montra l'existence d'un gros ulcère de la petite courbure ; les divers traitements médicaux essayés échouèrent.

Une radiographie pratiquée le 30 juin 1934 montra en plus de l'existence de l'ulcère de la petite courbure, une lacune ovale du bulbe duodéal.

L'intervention chirurgicale fut pratiquée le 3 décembre 1934.

Une gastrectomie fut pratiquée, l'ulcère de la petite courbure était calleux.

Le chirurgien nota l'existence de périoduodénite et l'absence d'ulcus duodéal, mais n'ouvrit pas le bulbe à la recherche de la tumeur bénigne signalée. (Cf. cliché.)

Voyons maintenant ce que l'analyse comparative de ces diverses observations nous permet d'induire en notions générales.

DU POINT DE VUE ÉTIOLOGIQUE

Ces observations montrent la plus grande fréquence des tumeurs bénignes du bulbe chez les hommes, et principalement après quarante ans.

Quant aux facteurs prédisposant à ces tumeurs, l'examen n'en a révélé aucuns qui soient apparents.

DU POINT DE VUE ANATOMIQUE

Il est à noter que toutes ces tumeurs, sauf une, étaient sous-muqueuses et avaient évolué vers la cavité du duodénum.

La plus grosse de ces tumeurs mesurait 8 cm. × 5 cm. 5 × 4 cm. 5 ; de très petites tumeurs donnent ici des troubles fonctionnels, étant donné l'exiguité relative de la lumière duodénale.

Ces tumeurs sont le plus souvent pédiculées, mobilisables ; quant à leur variété histologique, la répartition est la suivante :

Papillomes	8
Adénomes	8
Myomes	3
Fibromyome	1
Hémangiomes	2
Tuberculome	1

La tendance maligne de ces tumeurs a été notée histologiquement dans deux cas de papillomes, mais il n'existait dans aucun cas d'envahissement de la paroi intestinale.

La plus grave complication de ces tumeurs, et la plus fréquente, est incontestablement l'ulcération à la fois traumatique et inflammatoire de la muqueuse, entraînant de graves hémorragies.

DU POINT DE VUE CLINIQUE

Il semble difficile de tenter une systématisation symptomatique : aucun des symptômes observés n'est caractéristique, aucun symptôme ne se retrouve d'une manière constante dans tous les cas.

Les troubles dyspeptiques eux-mêmes ne sont pas absolument constants et leurs caractères sont essentiellement variés.

Les douleurs épigastriques revêtent tous les types possibles dans leurs caractères, dans leur horaire, dans leur évolution ; les vomissements, les nausées, les éructations, quand ils existent, ne sont rien que très banaux. Tantôt c'est le tableau d'une dyspepsie hyposthénique, tantôt celui d'une dyspepsie hypersthénique ; les erreurs de diagnostic les plus fréquentes sont celles d'ulcère et de cancer.

Le fait le plus saillant, dans toutes ces observations, est incontestablement l'hémorragie. Ce sont parfois des hématémèses, parfois du méléna. Les hémorragies occultes sont fréquentes en dehors des cas où l'hémorragie est évidente.

Il existe des cas de tumeurs bénignes, hémorragiques pures, mais, le plus souvent, douleurs et hémorragies vont de pair. Quoi qu'il en soit, l'hémorragie pas plus que la douleur ne présente de traits caractéristiques spéciaux à ces tumeurs bénignes. Notons en outre, que pour brouiller encore cette symptomatologie, une cholécystite, une appendicite viennent souvent mêler leurs signes à ceux de la tumeur du bulbe.

Quant aux signes physiques, ils sont en général absents ; l'exiguïté du bulbe duodénal ne permet pas aux tumeurs qui évoluent dans sa lumière d'atteindre un grand développement : ces tumeurs entraînent des troubles fonctionnels marqués avant que leur volume soit suffisant pour qu'elles puissent être perçues à la palpation.

Les examens de laboratoire,

Le chimisme gastrique ne nous révèle aucun stigmate caractéristique.

Il résulte de tout ceci que l'examen clinique seul ne permet pas de faire le diagnostic de tumeur bénigne du bulbe duodénal.

Les signes radiologiques, eux seuls, sont très caractéristiques.

Dans tous les cas où l'examen radiologique a été correctement pratiqué, on constate l'existence d'une lacune nettement arrondie, homogène, dans une image bulbaire de contour régulier, parfois dilatée.

Si cette lacune n'est pas toujours évidente à la radioscopie, une radiographie bien centrée, avec compression, doit toujours permettre de l'obtenir.

Il est possible en outre de dire qu'il s'agit d'une tumeur pédiculée, lorsque celle-ci est légèrement mobilisable sous écran.

Dans aucun cas la palpation n'a réussi à faire passer la tumeur à travers le pylore ; dans un cas cependant nous avons vu que la lacune siégeait dans l'antre ; à l'intervention la tumeur était revenue dans le bulbe.

Notons ici la nécessité de faire plusieurs examens espacés

de quelques jours pour n'affirmer le diagnostic que si l'image lacunaire est constante.

Le diagnostic radiologique peut être poussé plus loin encore : sur des clichés bien centrés, avec des détails précis, il sera possible de faire le diagnostic de papillome ; dans ce cas, en effet, l'image lacunaire, à contours polycycliques, est subdivisée par l'ombre des fines rigoles de bouillie barytée qui s'insinuent entre les lobes multiples de la tumeur.

Cet aspect de la tumeur papillomateuse ne sera pas confondu avec une image de polypose bulbaire ; dans ce cas, en effet, l'aspect est celui de petites bulbes claires, arrondies, juxtaposées, séparées par des travées barytées plus larges que les fines trabécules de l'image de tumeur papillomateuse.

Quant à l'aspect radiologique de l'estomac, il dépend essentiellement de la grosseur de la tumeur, c'est-à-dire du degré d'obstruction qu'elle entraîne.

Le plus souvent l'estomac est hypertonique, le péristaltisme exagéré lutte contre l'obstacle ; l'estomac arrive rarement dans ces cas au stade d'atonie : les malades sont opérés avant.

Enfin, dernière constatation importante : dans aucun cas nous n'avons noté l'existence de résidu gastrique six heures après le repas baryté. Ce fait nous sera d'un grand secours pour l'établissement du diagnostic différentiel.

Le diagnostic positif repose donc essentiellement sur l'examen radiologique.

Contrairement à ce qui se passe dans l'estomac, ici, une petite tumeur, ne faisant même qu'une très petite saillie dans la lumière duodénale, peut toujours être décelée en employant une pénétration et une compression bien dosées.

Toutefois, d'autres causes peuvent réaliser une telle image lacunaire, et ceci nous amène au

Diagnostic différentiel.

Il existe en effet des tumeurs bénignes qui siègent dans le bulbe, mais dont le pédicule s'insère sur la paroi gastrique : ce sont les *tumeurs bénignes pédiculées, de l'estomac, prolabées dans le bulbe*.

De telles tumeurs sont relativement fréquentes, en regard des tumeurs primitives du bulbe.

Cliniquement, elles se traduisent par les mêmes symptômes, mais, leur dégénérescence est plus fréquente sans qu'aucune indication puisse nous être donnée à ce sujet par le dosage de l'acidité gastrique : l'hyperchlorhydrie se voyant aussi bien que l'hypochlorhydrie dans ces tumeurs dégénérées.

Un prolapsus de la muqueuse gastrique hyperplasiée s'associe souvent d'ailleurs à ces tumeurs bénignes prolabées, de l'estomac.

Seul l'examen radiologique permettra de distinguer ces tumeurs gastriques prolabées d'avec les tumeurs primitives du bulbe.

Trois signes caractérisent celles-là :

1° L'existence d'un résidu gastrique six heures après le repas baryté. Ce signe n'est pas absolument constant, mais sa valeur reste grande.

2° La lacune bulbaire n'est vue, le plus souvent, qu'en position couchée, oblique droite, comme si cette position favorisait le prolapsus de la tumeur gastrique dans le bulbe.

3° Le fait de voir la lacune dans l'antrum gastrique à un examen, et dans le bulbe à un autre examen.

Dans une des observations citées, la tumeur bénigne du bulbe, pédiculée, fut révélée par sa lacune dans l'antrum. A l'intervention, on la trouva revenue dans le bulbe, mais c'est là une éventualité unique en cas de tumeur primitive du bulbe. C'est une éventualité fort fréquente au contraire en cas de tumeur pédiculée de l'antrum.

Dans une observation de tumeur bénigne de l'antrum, Rigler raconte comment, sous l'écran, il parvint à faire passer l'image lacunaire de l'antrum au bulbe.

Dans certains cas, à cette lacune du bulbe est associée une image lacunaire de l'antrum pylorique, non pas arrondie celle-ci, mais irrégulière. On penserait à une lacune cancéreuse, n'était la souplesse normale de la paroi gastrique à ce niveau. Il s'agit alors d'hyperplasie de la muqueuse gastrique dont une partie souvent est prolabée avec la tumeur.

Quant au diagnostic entre *tumeur maligne et tumeur bénigne du bulbe*, s'il est facile dans la plupart des cas, du fait de la forme irrégulière de la lacune, il est d'autres cas où

l'image radiologique est identique à celle que nous avons décrite aux tumeurs bénignes : ce sont des sarcomes ou des fibrosarcomes pédiculés dont il existe quelques observations d'ailleurs très rares.

Dans ces cas, on constate l'existence d'un résidu gastrique six heures après le repas baryté, mais le nombre de ces cas est trop minime pour qu'on puisse en tirer argument.

Notons à propos de ces tumeurs malignes du bulbe qu'une légère induration de la paroi serait moins facile à déceler ici qu'au niveau de la paroi gastrique. En effet, il s'agirait d'une rigidité segmentaire très localisée, d'autre part les ondulations péristaltiques sont là très rapides et sans doute ne pourrait-on pas déceler cette fine modification de la paroi à moins de la filmer et de la projeter ensuite agrandie et ralentie.

Fort heureusement, d'ordinaire les signes cliniques éviteront ces discussions radiologiques en signant la nature cancéreuse de la tumeur.

Il existe *d'autres causes d'images lacunaires du bulbe non tumorales* qu'il faut savoir déceler.

Certaines de ces causes sont *intra-bulbaires* :

1° Ce sont les corps étrangers ingérés, mais la palpation peut les faire émigrer, sous écran, dans la deuxième portion duodénale ou, tout au moins, à un examen ultérieur la lacune bulbaire a disparu et se retrouve plus bas dans le tractus digestif.

2° Très exceptionnellement, un calcul biliaire peut perforer le duodénum et donner une image lacunaire arrondie, mais, l'examen révèle aussi une fistule bi-muqueuse où s'insinue la baryte, et que confirmerait la cholécystographie associée.

3° Signalons pour mémoire qu'un amas d'ascaris peut donner une image lacunaire arrondie. Cette image, comme les deux précédentes, sera transitoire.

4° Notons enfin que la projection sur un bulbe rempli d'un canal pylorique vide, pris de front par les rayons, peut réaliser une lacune centrale qui disparaît avec une autre incidence des rayons.

Quant aux images lacunaires ulcéreuses, dues soit à un coussinet muqueux, soit à un spasme, elles sont très différentes

des images lacunaires si nettement arrondies et constantes dans un bulbe de contour normal que réalisent les tumeurs bénignes. Là où la question se pose véritablement de savoir s'il y a un ulcère c'est dans les cas où s'associent dans le bulbe une lacune arrondie et une niche. En présence d'une telle association, si la lacune est bien arrondie et que la niche, opaque, se détache nettement, en contraste, sur la clarté de la lacune, on pensera plutôt qu'il s'agit d'une tumeur bénigne ulcérée, dans l'ulcération de laquelle s'est accroché un peu de baryte.

C'est dans une telle éventualité que l'étude des plis de la muqueuse bulbaire aurait le plus grand intérêt.

Alors que dans l'ulcère les plis radiés de la muqueuse sont convergents, dans la tumeur muqueuse bénigne avec ulcération secondaire, il n'existe pas de convergence des plis.

En cas de tumeur sous-muqueuse, tendant la muqueuse à sa surface, on trouverait celle-ci étonnamment lisse pour être au voisinage d'un ulcère.

Il existe également *en dehors du bulbe des causes d'images lacunaires* :

Ce sont les adénopathies pré ou rétro-bulbaires. Un certain degré de compression, enfonçant un ganglion hypertrophié et dur sur une face d'un bulbe bien rempli, pourrait créer une lacune arrondie.

On sait qu'il existe de telles adénopathies sur la face séreuse du bulbe.

On sait également qu'il existe des adénopathies rétro-péritonéales, au niveau du bulbe, de nature inflammatoire ou cancéreuse.

La radiographie en relief permettrait de localiser cette déformation pariétale à la paroi antérieure ou postérieure.

La mobilité du bulbe par rapport à cette pseudo-tumeur, permettrait d'en faire le diagnostic sous écran.

Quant aux aspects du bulbe dus à une vésicule saine ou malade qui se manifestent comme une image lacunaire, ils sont fort différents de l'image de la tumeur bénigne ; en tous cas, l'examen de contraste combiné lèverait les doutes s'il pouvait y en avoir.

Ce diagnostic différentiel n'est pas un simple jeu de l'esprit

malgré les apparences, puisqu'il aura parfois pour conséquence l'intervention chirurgicale.

Le TRAITEMENT des tumeurs bénignes du bulbe duodénal ne saurait être que chirurgical, et, tout essai de traitement médical est évidemment illusoire.

Cependant, il n'en résulte pas que l'on doive extirper systématiquement toutes ces tumeurs. Il faut savoir tenir compte du risque que comporte toute intervention chirurgicale.

Nous avons vu que certaines tumeurs étaient parfaitement bien supportées, sans grands troubles fonctionnels ; nous avons vu leur peu de tendance à la transformation maligne ; aussi, dans les cas bénins, pourrait-on éviter le risque opératoire.

A l'opposé, sont des cas graves, avec douleurs vives, vomissements, des formes hémorragiques particulièrement sévères, là, l'intervention s'imposera sans discussion. C'est dans les cas intermédiaires qu'il sera plus difficile de prendre une décision et c'est souvent devant la persistance ou l'exagération soudaine des troubles dyspeptiques que l'on sera amené enfin au traitement chirurgical.

L'importance de cette intervention sera variable suivant les cas.

Tantôt, ce sera une simple section du pédicule après duodénotomie.

Tantôt, ce sera une excision de la zone pariétale où s'insère la tumeur.

D'autres fois, en cas de lésion plus étendue, ce sera une résection suivie d'anastomose gastroduodénale.

En cas de tumeur suspecte de dégénérescence maligne, un examen histologique extemporané indiquerait si la résection doit être élargie.

Notons enfin qu'il conviendra d'enlever par la même occasion la vésicule ou l'appendice lorsque leur aspect sera pathologique ; leur atteinte s'est révélée particulièrement fréquente chez les malades atteints de tumeurs bénignes du bulbe, et, sans cette précaution les malades risqueraient de continuer à souffrir après l'extirpation d'une tumeur qui n'intervenait que pour une part modeste dans la genèse des troubles dyspeptiques.

CONCLUSION

Les tumeurs bénignes du bulbe duodénal, du fait de leur extrême rareté et de l'absence de signes cliniques typiques, sont d'un diagnostic impossible avec les seules données de l'examen clinique.

Mais leur diagnostic doit être fait facilement, à l'examen radiologique, en présence d'une ou de plusieurs lacunes bien arrondies, homogènes, constantes à des examens successifs, situées dans un bulbe par ailleurs bien rempli, de forme normale et de contours réguliers.

Ces tumeurs, le plus souvent adénomateuses, ont très peu de tendance à la dégénérescence maligne, contrairement aux tumeurs bénignes gastriques pédiculées, prolabées dans le bulbe, dont il est possible de les différencier radiologiquement.

Leur principale complication est représentée par des accidents hémorragiques qui peuvent être graves.

L'intervention chirurgicale sera toujours pratiquée dans les formes hémorragiques, ou très douloureuses, ou sténosantes. Peut-être cette intervention pourrait-elle être différée dans les tumeurs non compliquées, peu douloureuses, si l'on mettait en regard d'un côté la bénignité de certains cas, la rareté de la dégénérescence maligne et de l'autre le risque opératoire, si léger soit-il.

L'acte chirurgical sera limité au minimum, à moins que l'aspect de la tumeur ne fasse redouter une cancérisation à l'affût de laquelle on doit toujours être, quelle que soit sa rareté.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

VU : *Le Doyen,*
G. ROUSSY.

VU : *Le Président de la Thèse :*
A. GOSSET.

BIBLIOGRAPHIE

- VON ROKITANSKY CARL. — *Lehrbuch der Pathologischen Anatomie*, Third Edition, Vienna, 1861, p. 231.
- CRUVEILHIER JEAN. — *Anat. path. du corps humain*, 1835-1842.
- SALVIOLI G. — Contributione allo studio degli adenomi. L'osservatori. *Gazetta delli cliniche di Torino*, 1879, XII, 481.
- THOMPSON P. — Polypoïd growth in the duodénum. *Lancet*, 1897, I, 383.
- KING E. L. — Bening tumors of the intestines with special reference to fibroma report of a case. *Surg., gynec. and obst.*, 1917, vol. XXV p. 54-71.
- WEISHAAPT. — Adenomya duodeni. *Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.*, 1915-1916, vol. LXXVIII, p. 506-513.
- MEISEL. — Adenomyom des duodenums als etiologie eines ulcus duodeni. *Schweiz. med. Wchnschr.*, 1921, vol. LI, p. 430.
- VAN TIENHOVEN A. — Two rare cases of duodenal tumors. *Nederl. Tijdschr. V. geneesk.*, 1921, vol. LXV, part. II, pp. 2639-2641.
- WAUGH. — Congenital cyst. of the duodenum, report of a case. *Surg. gynec. and obst.*, 1923, vol. XXXXII, p. 785-787.
- WILLIS and LASERSOHN. — Note on bening tumors of duodenum. *Annales of surgery*, 1925, vol. LXXXII, p. 952-955.
- CARMAN. — Hemangioma of the duodenum. *Am. jour. Röntgenol.*, 1921, vol. VIII, p. 481-482. — *Acta medica scandinavica*, 11 fév. 1935, f. IV-V, p. 439-456.
- BERNSTEIN A. — *Bruns Beitrag Chir.*, 1929, t. CXLV, f. III, p. 552.
- BRDICEK X. I. C. — *Röntgenpraxis*, Leipzig, 5 juil. 1931, 3, n° 14, p. 625-629.
- POHLANDT K. — *Fortschr. a. d. geb. d. Roentgensk.*, 1931, p. 337-346.
- LA ROQUE and SHIFLETT. — *Annals of surg*, aug. 1933, p. 178-185.
- AKERLUND. — *Zit. u. Rieder u. Rosenthal. Lehrb. d. Röntgenkde*, 1925, Bd II, 2.
- KLOSE UND GÖTZE. — Tuberkulom des Bulbus duodeni. *Zbl. chir.*, 1923, s. 756.
- GURNIAK. — *Fortschr. Röntgenst.*, Bd XLI, H. 5, 1930.
- HÜRTL. — *Dtsch. med. Wschr.*, 1906.
- STAEMLER. — *Neue dtsch. Chir.*, 1924.
- HENKE-LUBARSCH. — *Handb. a. spez. path. an. u. Hist.*, Bd IV (1-3), 1926-1929.
- FINNEY and FINNEY. — Papilloma of the duodenum. *Ann. surg.*, jan. 1931, XCIII, 294-300.
- JUDD E. S. — Hemangioma of the duodenum. *Surg. clin. No-Am.*, feb. 1929, IX, 6-8.

- MATAS R. — Pediculated polypoid fibroadenoma of the stomach of Ball. Valve type, causing an anal and complete syndrome. *Surg. gyn. and obst.*, déc. 1923, XXXVII, 723-731.
- RIGLER. — Röntgen observation of Bening Tumor of the stomach prolapsing through the pylorus. *Am. jour. Röntgenol. and Rad. ther.*, déc. 1928, XX, 529-531.
- WATERS C. A. — Röntgenologie diagnosis of papilloma of the duodenum. *Am. jour. Röntgenol. and Rad. ther.*, nov. 1930, XXIV, 554-557.
- WIND HOLZ. — The Roentgenologie Diagnosis of hyperplasias of the gastric mucosa. *Radiology*, sept. 1931, XVII, 514-519.
- CASTELLANI FABIO. — *Rivista di Radiolog. e. Fisica medica*, Bologne, 1929, I, n° 2, p. 238-243.
- CAMP. — Myoma of the stomach and the duodenum report of two cases. *Radiology*, april 1934, vol. II, p. 262-264.
- VOGT. — Bening perforating duodenal cyst. arising from the vestigial remains of the Wolffian Cody. *Am. jour. obst. and gynec.*, 1925, vol. X, p. 798-802.
- E. LEE SHIFLETT E. — Tumors of the duodenum and hypertrophied gastric mucosa prolapsing through the pyloric canal into the duodenum. *Radiology*, august 1932, p. 79.
- ELIASON and PENDERGRASS and WRIGHT. — The Roentgen-ray Diagnosis of pedunculated growths and gastric mucosa prolapsing through the pylorus. Review of the Literature. *Am. jour. Röntgenol. and Rad. ther.*, 1926, XV, 295.
- PENDERGRASS. — Prolapse of pedunculated tumors and gastric mucosa through the pylorus into the duodenum. Roentgenologie diagnosis. *Jour. am. med. ass.*, feb. 1, 1930, XCIV, p. 317-321.
- PERRY. — Papilloma of the duodenum. *Path. soci. London*, 1892-1893, XLIV, 84.
- FUNKENSTEIN. — Über Polyposis intestinalis. *Ztschr. f. Klin. med.*, 1904, LV, 536.
- BERGMANN und BERG H. H. — Mohr. Staehelin. *Handb. d. Inn. med.*, Bd III, Teil 1.
- RIEDEN ROSENTHAL. — *Lehrb. d. Röntgenk.*, Bd II, 25, dort Zitiert Akerlund.
- STEINER R. — Über myome des magen-Darmkanals. *Beitr. z. klin. chir.*, 1898, XXII, 1-112, 407-440.
- VERSE MAX. — Ueber Entstehung, den Bau und das Wachstum der polypen, adenome, Karzinome des Magen-Darmkanals. *Arb. a. d. Path. Inst. in Leipzig*, 1908, V, 1, 175.
- WILLIS A. M. and LASERSON. — Bening tum. of the duodenum. *Ann. surg.*, 1925, LXXXII, 952-955.
- ROSS GOLDEN. — Non malignant tumors of the duodenum report of two cases. *Am. jour. of Röntgenol. a. rad. ther.*, nov. 1928, p. 405-413.
- BALFOUR and HENDERSON. — Bening tumors of the duodenum. *Ann. surg.*, january 1929, LXXXIX, 30-35.
- BOOKMAN. — Papilloma of the duodenum. *Ann. surg.*, april 1930, XCI, 626-629.

